

Infos zur Hormon-Therapie für trans* & nicht-binäre Menschen

Orientierungshilfe für eine aufgeklärte Entscheidung

Inhalt

Einleitung & Ziele der Broschüre

Mit dieser Broschüre möchten wir:

- Trans* und nicht-binären Menschen eine erste Möglichkeit geben, sich über Hormontherapie zu informieren
- Orientierung geben, was diese Form der Hormontherapie auf körperlichen und sozialen Ebenen bewirken kann
- Hilfestellungen für verschiedene Entscheidungsprozesse rund um die Hormontherapie geben
- Informieren, welche individuellen Umstände, z.B. Medikamenteneinnahme oder geplante Elternschaft, vor Beginn der Hormontherapie bedacht werden sollten
- Informieren, dass Herausforderungen bei der Hormontherapie auftreten können, z.B. Nebenwirkungen
- Aufzeigen, dass sowohl die Entscheidung für oder gegen eine Hormontherapie, sowie die Form & Länge dieser den individuellen Bedürfnissen entsprechen sollten
- Anregungen und Fragestellungen mit an die Hand geben, mit denen sich trans* und nicht-binäre Personen auf ärztliche Informationsgespräche vorbereiten können

Diese Broschüre ist aus trans* und nicht-binärer Perspektive geschrieben. Sie richtet sich zunächst an erwachsene Personen, die eine Hormontherapie in Betracht ziehen und die sich über die eigene Gesundheitsversorgung informieren möchten. Diese Broschüre soll und kann kein ärztliches Aufklärungsgespräch ersetzen, kann jedoch zur Vorbereitung eines solchen Gesprächs sinnvoll sein oder ein solches ergänzen. Ebenso ersetzt diese Broschüre keine vertiefte Information zu einzelnen medizinischen und persönlichen Fragestellungen, sondern möchte vielmehr einen Überblick über eventuell auftretende Fragestellungen geben.



Wir haben uns bei der Erstellung dieser Broschüre auf internationale Patient_innen-Einwilligungs-Erklärungen (Informed Consent) sowie auf weitere Informationsquellen aus Medizin und Communities bezogen. Zudem sind viele Erfahrungen aus unserer trans* & nicht-binären Beratungsarbeit in die Broschüre eingeflossen. Wir haben versucht, viele individuelle Fragen, die häufig an unsere Beratungsstelle herangetragen werden, hier zu beantworten und gleichzeitig einen guten Gesamtüberblick über das zu geben, was vor Beginn einer Hormontherapie beachtet werden sollte.

Du solltest dir bewusst sein, dass die langfristigen Auswirkungen einer Hormon-Ersatztherapie nicht gut untersucht oder vollständig bekannt sind. Aktuelle Studienergebnisse basieren auf Präparaten und Dosierungen, die heute teilweise nicht mehr angewendet werden. Es kann wichtige gesundheitliche Risiken oder Vorteile geben, die in dieser Broschüre nicht aufgeführt sind und die wir noch nicht kennen.

Wir möchten uns an dieser Stelle herzlich bei allen bedanken, die die Erstellung dieser Broschüre unterstützt haben: Mari Günther, Prof. Dr. med. Sven Diederich, Dr. med. Christoph Schuler, sowie den Teams der Trans* Inter* Beratung und des Inter* Projekts von TrIQ e.V.[1]

Wir freuen uns über weitere Anregungen, Ergänzungen und Anmerkungen zur Broschüre. Schreibt dazu gerne an: **beratung@transinterqueer.org**[2]

Samuel Baltus & Luan im Auftrag von TrIQ e.V.

---

1 TransInterQueer, eingetragener Verein in Berlin, Fachstelle für Trans*, Inter* und nicht-binäre Lebensweisen (https://www.transinterqueer.org)

2 Anmerkung zur Sprache: Bei weiterführenden Info-Quellen ist die Sprache in der Regel deutsch, insofern nicht anders angegeben. Wir freuen uns auch über weitere Informationsquellen in verschiedenen Sprachen und nehmen sie gerne in unsere Online-Version auf.



1. Persönliche Fragen zur Klärung der eigenen Bedürfnisse

Bevor du mit Ärzt_innen gemeinsam besprichst, ob und wie ihr eine Hormontherapie für dich durchführen werdet, gibt es einige Fragen, die du dir für dich selbst und_oder im Gespräch mit Freund_innen überlegen und besprechen kannst. Sie können dir helfen, genauer zu benennen, wie eine Hormontherapie so gestaltet werden kann, dass sie deine (Transitions-)Ziele möglichst weitreichend unterstützt. Die Fragen können auch eine Vorbereitung auf dein Gespräch mit der Ärzt_in sein.

- Warum wünsche ich mir eine Hormonbehandlung?
- Besteht der Wunsch konstant, also (fast) immer? Wenn der Wunsch sich ändert, was bewirkt die Veränderung (zum Beispiel fluide Geschlechtsidentität, Druck von außen, Unsicherheiten)?
- Was brauche ich, um mich mit meiner Entscheidung für oder gegen eine Hormontherapie sicher(er) zu fühlen?
- Woran würde ich, wenn ich eine Hormontherapie ausprobiere, merken, dass dies das Richtige für mich ist? Woran würde ich merken, dass ich die Veränderungen nicht (mehr) möchte?
- Wie würde ich damit umgehen, wenn ich die Hormontherapie beenden oder unterbrechen will oder muss? Kann ich dann einen guten Umgang damit finden, dass einige Veränderungen der Hormonbehandlung nicht mehr (vollständig) rückgängig gemacht werden können?
- Habe ich (schon) eine realistische Einschätzung der Wirkungsweise von Hormonen? Was brauche ich, um die Wirkung von Hormonen auf mich (besser) einschätzen zu können?
- Wie lange (perspektivisch) möchte ich die Hormonbehandlung durchführen? In welcher Dosierung (zum Beispiel geringere Dosierung, so genanntes „MicroDosing“), ist diese Erwartung durchführbar und realistisch?
- Welche sozialen und körperlichen Effekte erwarte ich?
- Habe ich Ängste oder Unsicherheiten bezüglich der Hormonbehandlung?



Welche? Gibt es andere Möglichkeiten als die Hormontherapie für mich, zum Beispiel soziale ohne medizinische Transition?

- Wer unterstützt mich in der sozialen Begleitung der Veränderungen (zum Beispiel Freund_innenkreis, Gruppen)?
- Gibt es Umstände - zum Beispiel Vorerkrankungen - die eine besondere Unterstützung in der Abklärung meiner Bedarfe erforderlich machen?
- In welchen privaten und beruflichen Kontexten sehe ich mich in ein paar oder vielen Jahren? Welche Wirkung könnte die jetzige Entscheidung darauf haben?
- Welche Reaktion erwarte ich von meinem sozialen und_oder beruflichen Umfeld auf die Hormoneinnahme und wie ist das für mich?
- Bin ich mir darüber bewusst, dass ich aufgrund der Behandlungen dauerhaft eine Krankenversicherung und die entsprechende Kostenübernahme benötigen werde oder mir ansonsten hohe Kosten entstehen können?
- Bin ich von (weiteren) Formen von Diskriminierung oder Umständen betroffen, die Zugänge zur Transition erschweren können, z.B. Rassismus, Be_hinderung, und_oder eine Sprachbarriere? Welche Personen oder Gruppen können mir dabei passende Unterstützung geben und Erfahrungen mit mir teilen?
- Welche Vorbilder passen für mich und meine Wünsche? Brauche ich Vorbilder? Was gibt mir Orientierung in meinem Prozess?



Unser Tipp zum Entscheidungsprozess

Für viele trans* und nicht-binäre Menschen ist es hilfreich, sich mit anderen auszutauschen, die einen ähnlichen Entscheidungsprozess durchlaufen haben. Wenn dich persönliche Umstände (zum Beispiel Elternschaft, Erkrankungen) im Entscheidungsprozess besonders beschäftigen, ist es sinnvoll, sich dazu gezielt mit anderen auszutauschen. Über eine Suchmaschinen-Eingabe (zum Beispiel „trans Bochum“) lassen sich meist lokale Gruppen oder Beratungsstellen gut finden. Solltest du in deiner Nähe darüber keine Austausch-Möglichkeit finden, frag bei der nächstmöglichen Stelle in deiner Region nach, ob sie von nicht-öffentlich beworbenen Möglichkeiten wissen. Viele Beratungsstellen bieten auch Email- und Telefon- oder Video-Beratung unabhängig von deinem Wohnort an.

Auch im Internet bestehen wohnortunabhängige Möglichkeiten, sich zur Hormonbehandlung auszutauschen, zum Beispiel hier:

FtM-Portal[3]: Website für trans* Männer und andere Personen, die sich als männlich oder nicht-binär definieren und bei der Geburt weiblich zugeordnet wurden: https://www.forum.ftm-portal.net/

IN- & OUT-Beratung (bis 27 Jahre): https://www.comingout.de/

Auch soziale Portale, zum Beispiel Facebook oder Reddit, können Möglichkeiten zum Austausch bieten.

---

3 FTM ist eine Abkürzung für: Female to male, übersetzt: Weiblich zu Männlich. Manche trans* Männer und trans* maskulinen Personen benutzen diese Abkürzung als Selbst-Bezeichnung. Andere lehnen sie ab, weil sie über sich wissen, dass sie zu keinem Zeitpunkt ihrer Biografie „weiblich“ gewesen sind. Einige sagen, für sie trifft es zu, dass sie weiblich gewesen sind und jetzt männlich. Andere wiederum sagen, der Begriff beschreibt die Wahrnehmung anderer Menschen auf eine Person (Fremdwahrnehmung) und lehnen die Bezeichnung deswegen ab oder finden sie deswegen in Ordnung. Um den Begriff MTF (male to female, übersetzt: männlich zu weiblich) gibt es ähnliche Diskussionen bei trans* Frauen und trans* weiblichen Personen.



2. Grundsätzliches zur Hormonbehandlung

a. Wirkungsweise von Hormonen

Was sind Hormone?

„Hormone sind Botenstoffe im Körper, welche vom Körper gebildet werden. Sie sind für die funktionalen Abläufe im Körper nötig, da sie regulieren, steuern, aktivieren oder deaktivieren. (…) Insgesamt gibt es im menschlichen Körper etwa 25 Hormone. Jedes der Hormone steht nicht für sich allein, sondern es handelt sich um ein komplexes Hormon-System: Ändert man eines, ändern sich alle [genauer: manche] anderen mit. Dies hat zur Folge, dass bei der Gabe von Testosteron auch genau auf die anderen Körperwerte geachtet werden muss.“ (Website des TransMann e.V., 20.01.2020)

Es gibt verschiedene Sorten von Hormonen. Bei Testosteron und Östrogen handelt es sich um Sexualhormone.

Weitere Informationen zur grundsätzlichen Wirkungsweise von Hormonen:

Grundsätzliche Infos zu Hormonen, sowie zu Testosteron im Speziellen, auf der Website des TransMann e.V.:

https://www.transmann.de/trans-informationen/medizinisches/hormone/

Zu Östrogen:

https://www.netdoktor.de/Diagnostik+Behandlungen/Laborwerte/Oestrogene-Oestradiol-Oestron+-1191.html

Wir fügen hier gerne weitere Informations-Quellen ein. Schreib dazu an: **beratung@transinterqueer.org**



b. Hormonbehandlung bei trans* & nicht-binären Menschen

Die Rahmenbedingungen der Hormonbehandlung bei trans* Personen werden durch den MDS[4], der die Richtlinien für die Krankenkassen erstellt, im folgenden Text zusammengefasst. Anmerkung: Die Darstellung des MDS nimmt nur sehr binäre[5] und gradlinige Identitäten und Transitions-Verläufe in den Blick, dies entspricht nicht dem breiten Spektrum an Identitäten und Bedürfnissen, die bei trans* und nicht-binären Menschen in der Realität vorhanden sind.

„Der Beginn einer Hormonbehandlung ist in der Regel die entscheidende Weichenstellung in Richtung somatischer Eingriffe.[6] (…) Ziele der Hormontherapie sind eine möglichst weitgehende Suppression[7] der unerwünschten sekundären Geschlechtsmerkmale des biologischen Geschlechtes und eine Ausbildung der Geschlechtsmerkmale[8] des gewünschten Geschlechtes.

Unter professioneller Betreuung weist die Hormonbehandlung ein akzeptables Risikoprofil auf. Vor Einleitung der Therapie ist daher (…) ein umfangreiches Screening[9] auf etwaige Risikofaktoren empfehlenswert. (…) Die Therapie und die Bestimmung der Frequenz[10] der Kontrollen sollte durch eine/n endokrinologisch erfahrene/n Ärztin/Arzt durchgeführt werden.“ (MDS-Richtlinien, S. 26)

---

4 Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

5 Binär heißt: Zweigeteilt. In Bezug auf Geschlecht: Zweigeschlechtlich. Das meint die Vorstellung, dass es nur zwei Geschlechter, nämlich „männlich“ und „weiblich“, gibt.

6 Meint: „körperlicher“

7 Meint: „Unterdrückung“, hier eher: Veränderung, Weg-Gehen

8 Also der Merkmale, die durch die Pubertät hinzukommen

9 Meint: Untersuchungen

10 Meint: Häufigkeit

Weitere Informationen zur Hormontherapie bei trans* und nicht-binären Menschen

S3 Leitlinie[11] „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans*-Gesundheit“ der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS), AWMF-Register-Nr. 138|001:

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001l_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf

Patient_innen-Leitfaden des Bundesverband Trans* zur S3 Leitlinie:

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001p_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-11_1.pdf

Wir fügen hier gerne weitere Informations-Quellen ein. Schreib dazu an: **beratung@transinterqueer.org**

11 S3-Leitlinien sind Vorgaben zur Orientierung für Ärzt_innen und andere Menschen im medizinischen Bereich. Es gibt auch S1-und S2-Leitlinien, das „S“ steht dabei für „Systematik“. Das heißt: S3-Leitlinien sind am meisten wissenschaftlich abgesichert. Es muss eine große Übereinstimmung medizinischer Expert_innen und ausführlichen Nachweis der Aussagen durch Forschung geben, damit eine Leitlinie als S3-Leitlinie bezeichnet werden darf.



c. Individualität von Hormonwirkung

Bei der Hormontherapie müssen, wie bei jeder medizinischen Maßnahme, individuelle Unterschiede beachtet werden. Dies zeigt sich hierbei auf drei Ebenen:

1. Individuelle Wirkung

Die Wirkung von Hormonen ist jeweils von vielen Eigenschaften eines Körpers abhängig. Zum Beispiel ist die Intensität der Hormonwirkung und die Schnelligkeit, mit der Hormone abgebaut werden, verschieden. Einflussfaktoren sind z.B. ob, wie viele und welche Hormone der Körper (noch) produziert, wie der Körper diese Hormone jeweils verarbeitet und wie alt jemand ist. Bei der Hormonverarbeitung gibt es viele Varianten, z.B. je nachdem, wie der jeweilige Stoffwechsel funktioniert. Intergeschlechtliche Menschen und Personen mit Stoffwechselerkrankungen benötigen hier oft eine entsprechend sensibilisierte ärztliche Beratung. Auch kann die weitere Einnahme von Medikamenten die Verstoffwechselung der Hormone verändern (siehe 6.d.).

2. Individueller Bedarf

Menschen fühlen sich mit unterschiedlichen Hormonmengen wohl und die Hormonwerte sind auch generell bei allen Menschen etwas unterschiedlich. So haben z.B. junge Erwachsene oft höhere Hormonwerte als ältere Menschen. Die Übereinstimmung mit den Standard-Werten, die durch eine Blutuntersuchung regelmäßig überprüft werden sollte, bietet hier eine gute Orientierung. Das individuelle Wohlbefinden sollte jedoch auch Beachtung finden. Es kann sein, dass sich eine Person mit einem etwas höheren oder niedrigeren Hormon-Wert wohler fühlt als mit dem Standardwert. Es ist daher wichtig, der behandelnden Ärzt_in die eigenen Bedarfe zu nennen.

3. Individuelle Zielsetzung

Menschen wollen mit der Hormontherapie unterschiedliche Wirkungen erzielen oder haben unterschiedliche Bedarfe, was die Schnelligkeit der Veränderungen angeht. Es ist nicht möglich, die Hormonwirkung über das Schnelligkeits-Spektrum einer Pubertät hinaus zu beschleunigen. Wegen der daraus möglicher-



weise entstehenden Schäden ist von Überdosierung auch dringend abzuraten. Es ist jedoch möglich, die Hormonwirkung zu verlangsamen, indem geringere Dosierungen genommen werden. Dies ist zum Beispiel ein häufiger Wunsch von Menschen, die eine langsame Veränderung möchten, um genau beobachten zu können, wie sich dies jeweils für ihren Körper anfühlt und welche Veränderungen sie als angenehm empfinden. Einige Menschen möchten auch ein eher „androgynes“[12] Aussehen erreichen und wollen daher nur geringere Hormonmengen nehmen. Manche Menschen entscheiden sich auch aufgrund gesundheitlicher Probleme für eine Gering-Dosierung. Diese Gering-Dosierung, auch „Micro-Dosing“ genannt, sollte auf jeden Fall von Ärzt_innen begleitet werden, die damit Erfahrung haben, bzw. sich mit einer diesbezüglich erfahrenen Kolleg_in ausgetauscht haben. Es ist jedoch nicht möglich, zu beeinflussen, wann genau welche Wirkung auftritt (Reihenfolge der Wirkungen, Zeitraum), da es dabei auch auf den individuellen Körper ankommt. Es ist dabei auch zu beachten, dass die Höhe der Hormondosierung sich auf die Libido auswirken kann, also Auswirkungen auf das Sexualleben haben kann. Der Hormonbedarf hängt außerdem mit dem Lebensalter zusammen, daher verändert sich der Bedarf im Verlauf des Lebens.

Weitere Informationen zur Individualität von Hormontherapie

Infos auf der Website des TransMann e.V.:

https://www.transmann.de/trans-informationen/medizinisches/hormone/

Wir fügen hier gerne weitere Informations-Quellen ein. Schreib dazu an: **beratung@transinterqueer.org**

12 Androgyn: Das Wort ist zusammengefügt aus den alt-griechischen Worten für „Mann“ und „Frau“, heißt also ungefähr: „Mannfrau“. Gemeint ist damit hier: Das Aussehen einer Person, die von anderen Menschen nicht als „weiblich“ oder „männlich“ gelesen wird, sondern als beides, dazwischen oder außerhalb davon.



3. Auf dem Weg zur Hormontherapie

a. Verabreichungsformen von Hormonen

Sowohl bei Testosteron als auch bei Östrogen/ Progesteron gibt es jeweils verschiedene Vergabeformen.

Übliche Verabreichungsformen von Testosteron sind Spritzen, die ein 3-Wochen- oder ein 3-Monats-Intervall abdecken, oder Testosteron-Gel, das täglich, üblicherweise morgens, aufgetragen wird.

Übliche Verabreichungsformen von Östrogen sind Tabletten, die entweder geschluckt werden oder sublingual sind, d.h. sich im Mund auflösen. Weitere Verabreichungsformen sind Gel oder Spray zur täglichen Einnahme sowie Östrogen-Pflaster. Östrogen-Intervall-Spritzen werden momentan in Deutschland nicht verwendet.

Auch bei anderen Medikamenten, die in Zusammenhang mit deiner Hormontherapie stehen, gibt es oft verschiedene Vergabeformen. Vor allem die Östrogen-Behandlung wird zudem oft durch andere Mittel unterstützt, die die bisherige, körpereigene Hormonproduktion verringern/ blockieren, zum Beispiel Progesteron, das üblicherweise in Gelform eingenommen wird und die Entwicklung der sekundären Merkmale unterstützt. Weitere unterstützende Medikamente sind zum Beispiel GnRH, AndroCur oder Spironolakton:

GnRH[13] (Gonadotropin-Releasing Hormon) ist ein Hormon-Medikament. Es bewirkt, dass wiederum andere Hormone, die Gonatropine LH und FSH, im Körper vermehrt werden. So wird die bisherige körpereigene Hormonproduktion gehemmt. Das Medikament, zum Beispiel das Präparat Leuprorelin, wird üblicherweise gespritzt, es ist auch als Nasenspray erhältlich. Androcur-Spritzen wirken anti-androgen. Die Hodenfunktion wird gehemmt, dies führt zu einer Verminderung der Konzentration maskulinisierender Sexualhormone (u.a. Testosteron) im Körper. Zudem wird der Sexualtrieb dadurch gesenkt.

Spironolakton hingegen (oft abgekürzt als „Spiro“), vermindert die Aldosteron-Wirkung und hat einen unterdrückenden Effekt auf die Testosteronbildung. Das Medikament wird üblicherweise in Tablettenform eingenommen.

---

13 Übersetzt: Gonadotropin freisetzendes Hormon



Auch die Testosteron-Therapie kann mit hormonblockierenden GnRH-Medikamenten unterstützt werden. Dies geschieht vor allem, wenn Patient_innen unter der Menstruationsblutung leiden, da diese dadurch (schneller) aussetzt. Genutzt werden dazu jedoch auch Progesteron-Medikamente, zum Beispiel Medroxyprogesteronacetat (MPA), als Spritzen oder Tabletten. Dies ist ein Medikament, das ansonsten als Verhütungsmittel für cis Frauen in Gebrauch ist und bewirkt, dass die Menstruations-Blutung aussetzt.

Da verschiedene Kombinations-Möglichkeiten von Medikamenten für die Hormon-Therapie in Betracht kommen, ist es wichtig, sich jeweils über die in Frage kommenden Medikamente zu informieren und mit den behandelnden Ärzt_in zusammen verschiede Optionen in Betracht zu ziehen. Zu beachten ist dabei, dass es je nach Medikament bzw. Präparat zu spezifischen Nebenwirkungen kommen kann, bzw. auch die Kombination verschiedener Medikamente Nebenwirkungen hervorrufen kann.

Beispiel für Verabreichungsmengen von Hormon & Hormon-blockierenden Medikamenten:

Tab. 1 Therapieschema der gegengeschlechtlichen Hormontherapie an der Universitätsklinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin Innsbruck

Beide Geschlechter	Suppression der endogenen Hormonproduktion mit Gonadotropin-Releasing-Hormon-Agonisten (z.B. Triptorelin) i. m. oder s. c. (z. B. Decapeptyl® Depot alle 4 Wochen i. m. oder s. c. oder Pamorelin® LA 11,25 mg alle 12 Wochen)
Mann-zu-Frau-Transsexualität	*Standardtherapie:* Östradiol transdermal (z. B. Estrogel® 2–4 Hübe/Tag) oder oral (Estrofem® 2–6 mg/Tag p. o.) *Zusatztherapie:* Cyproteronacetat (z. B. Andro-Diane® 10 mg/Tag p. o., Androcur® 10–100 mg/Tag p. o., Androcur Depot® 300 mg alle 4 Wochen i. m.) Spironolacton (z. B. Aldactone® 100–200 mg/Tag p. o.)
Frau-zu-Mann-Transsexualität	Testosteronundecanoat (z. B. Nebido® 1000 mg i. m. initial 6- dann 12-wöchentlich) Testosteron (z. B. Testogel® 2,5–10 g/Tag transdermal = 25–100 mg/Tag)

Bildquelle: K. Winkler-Crepaz, A.Müller, B.Böttcher, L.Wildt: „Hormonbehandlung bei Transgenderpatienten“, In: „Gynäkologische Endokrinologie“, 2017, https://www.link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10304-016-0116-9.pdf



Die Verabreichungsformen haben jeweils verschiedene Vor- und Nachteile, die mit den individuellen Bedürfnissen zusammenhängen. Im Folgenden haben wir einige Überlegungen zusammengestellt, die bei der Wahl der Vergabeform eine Rolle spielen können. Wichtig dabei ist, dass auch unterschiedliche Vergabekombinationen u.U. miteinander kombiniert werden können. So wird zum Beispiel von einigen Personen Hormon-Gel zur Überbrückung zwischen Spritzen-Intervallen genutzt oder Gel und Tabletten bei der Östrogen-Therapie kombiniert.

(Un-)Regelmäßigkeit des Verlaufs

Bei täglicher Einnahme (durch Gel, Creme oder Tablette) ist der Verlauf der Hormonwerte meist recht regelmäßig, während es beim Abbau von Intervall-Medikamenten (Spritzen) zu Schwankungen kommen kann. Das heißt, es kann dazu kommen, dass es am Anfang des Intervalls einen (sehr) hohen Wert gibt und am Ende des Intervalls einen (sehr) niedrigen. Gegebenenfalls muss dann die Vergabe-Frequenz erhöht werden, also das Medikament bereits nach einem kürzeren Zeitraum wieder verabreicht werden.

Persönliche Abneigungen und gesundheitliche Gründe

Auch die individuellen Grenzen können ausschlaggebend für die Medikamentenwahl sein, zum Beispiel Angst vor Spritzen, Neigung zu starken blauen Flecken beim Spritzen, Abneigung gegen Creme-Auftrag, Hautreizung und Hautprobleme bei Creme-Auftrag, Magenprobleme bei der Einnahme. Östrogen-Tabletten führen zur erhöhten Belastung der Leber und Erhöhung des Thrombose-Risikos, daher ist hier auch die Gesamtgesundheit mit einzubeziehen. Alkoholbasierte Gele können zum Beispiel für Menschen, die keinen Alkohol zu sich nehmen können oder wollen, oder Menschen mit Neurodermitis ein Problem darstellen.

Mentale Gründe & Alltags-Struktur

Vorteile bei Spritzen können sein, dass sich für einen längeren Zeitraum nicht mit der Hormontherapie beschäftigt werden muss und dass die tägliche Einnahme nicht in den Tagesablauf integriert werden sowie eigenverantwortlich erfolgen muss. Ebenso kann die tägliche Medikamenten-Einnahme jedoch auch die Tages-Struktur bestärken oder als tägliche Zeit der Selbstfürsorge gerahmt werden.



Ziel bei der Wahl der Vergabeform(en) sollte sein, dass du für dich die Variante findest, die am besten passt, zum Beispiel zu deinem Alltags-Rhythmus oder deiner individuellen Verträglichkeit.

Bei der Verschreibung von Hormon-Präparaten zur Behandlung von trans* und nicht-binären Menschen handelt es sich zudem um einen Off-Label-Use[14], also einen Gebrauch des Arzneimittels für einen anderen Gebrauch als den, für den es (ursprünglich) zugelassen worden ist. Der MDS nimmt dazu folgendermaßen Stellung: „In Deutschland sind bisher keine Arzneimittel mit einer speziellen Zulassung zum Einsatz bei Transsexualismus auf dem Markt, so dass die Hormonersatztherapie bei Personen mit Transsexualismus dem Grunde nach einen „off-label use“ darstellt. Die bestehenden Zulassungen können aber weit ausgelegt werden.“ (MDS-Richtlinien, S.26)

Es ist zu hoffen, dass in der Zukunft spezifische Medikamente für trans* Personen entwickelt werden, bzw. die Medikamente, ihre Zulassung und Beipack-Zettel für den Gebrauch zur Hormontherapie bei trans* und nicht-binären Menschen angepasst werden.

Zu beachten: Solltest du Allergien haben, sprich dies am besten auch in Bezug auf die Verabreichungsform mit der behandelnden Ärzt_in an. Bestimmte Hormonpräparate nutzen nämlich zum Beispiel Erdnussöl als Trägerstoff.

14 Etwa: Gebrauch jenseits des Etiketts



Weitere Informationen zu Verabreichungsformen von Hormonen auf Reisen

Bei Reisen ist zu bedenken, dass der Transport von Hormonen im Koffer oder Handgepäck evtl. Fragen bei Kontrollen hervorrufen kann. Hier kann die Überlegung anstehen, ob es sinnvoller ist, das Medikament im Vorhinein zu spritzen und somit nicht transportieren zu müssen, Spritzen mitzunehmen, da so nur weniger Medikamenten-Packungen mitgenommen werden müssen, oder Creme bzw. Tabletten mitzunehmen, um diese eigenständig – also unabhängig von medizinischen Fachkräften am Reise-Ort – einnehmen zu können. Zudem sollte gegebenenfalls ein Schreiben der behandelnden Ärzt_in mitgenommen werden sowie sich zu Bestimmungen zum Medikamententransport informiert werden. Das ärztliche Schreiben sollte sich auf diese Bestimmungen zu Medikamententransport beziehen und zudem beinhalten, dass es sich um ein Medikament zum Eigenbedarf handelt. Es sollte am besten in der Sprache des jeweiligen Reiselandes sowie auf jeden Fall auf Englisch verfasst sein.

Wir fügen hier gerne weitere Informations-Quellen ein. Schreib dazu an: **beratung@transinterqueer.org**



b. Voraussetzungen für die Hormontherapie

Ob trans* und nicht-binäre Menschen eine Hormon-Therapie beginnen können, liegt im Ermessen der jeweiligen, die Hormon-Therapie durchführenden Behandler_innen, die sich wiederrum auf ärztliche Richtlinien beziehen. Unserer Erfahrung nach werden in der Praxis die Kosten für Hormone, insofern sie von einer Ärzt_in verschrieben worden sind, von deutschen oder EU-Krankenversicherungen auch dann übernommen, wenn keine vorherige Beantragung bei der Kasse erfolgt ist. Aus Sicht der Betroffenen können so auch längere bürokratische Prozesse mit den Krankenkassen vermieden werden.

Jede_r kassenzugelassene Ärzt_in kann ein Rezept für Hormone ausstellen und die Behandlung durchführen. Hat eine andere Praxis bereits – nach fachlich kompetenter Einschätzung – mit der Behandlung begonnen, führen zum Beispiel auch viele Hausärzt_innen die Behandlung fort. Das heißt: Ist die Hormontherapie einmal angefangen, ist es meist problemlos möglich, sie auch in einer anderen Praxis weiterzuführen.

Für den Beginn der Hormontherapie bzw. die Verschreibung der Hormon-Präparate wird durch die behandelnde Ärzt_in meist ein Indikationsschreiben mit Diagnosestellung und Empfehlung der gewünschten Behandlung verlangt.

Dieses Indikationsschreiben soll üblicherweise durch eine therapeutische Praxis, entweder eine Psycholog_in oder Psychiater_in, die sich auf trans* und nicht-binäre Personen spezialisiert hat, ausgestellt werden. Einige Ärzt_innen in Deutschland verschreiben jedoch auch Hormone auf der Basis eines sorgfältig durchgeführten Informed Consent-Verfahrens, das auch durch trans*/ nicht-binäre Beratungsstellen begleitet und bestätigt werden kann.[15]

---

15 Die S3 Leitlinie benennt ausdrücklich die Möglichkeit eines Informed Consent Verfahren (S. 12/13, vgl. auch die Internationalen Richtlinien nach S3-Leitlinie, S.43)



Weitere Informationen zur Voraussetzungen der Hormontherapie

Aktuelle Richtlinie des MDS, Stand 31.August.2020: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA_Transsexualismus_201113.pdf

S-3 Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans*-Gesundheit“ der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS), AWMF-Register-Nr. 138|001:

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001l_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf

„Leitfaden Trans* Gesundheit“ (Patient_innen-Leitfaden zur S-3 Leitlinie) des Bundesverband Trans*:

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001p_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-11_1.pdf

Wir fügen hier gerne weitere Informations-Quellen ein. Schreib dazu an: **beratung@transinterqueer.org**

c Indikationsschreiben

Ein Indikationsschreiben zur Hormontherapie sollte folgendes beinhalten:

- Therapeutischer Rahmen (Anzahl Sitzungen, Thema der Therapie usw.). Formulierungsvorschlag: „Patient_in A. befindet sich seit dem (Datum) bei mir in psychotherapeutischer Begleitbehandlung. Thema der Therapie ist (u.a.) der Transitionsbedarf von A. im Sinne einer medizinischen Geschlechts-Angleichung. Bisher haben (...) Sitzungen stattgefunden, derzeitige Sitzungen sind in einem (...) wöchigen Abstand terminiert. Die Therapiedauer beträgt



bis jetzt (…) Monate.[16] Die psychotherapeutische Begleitbehandlung wird nach den aktuellen Standards und offiziellen Leitlinien zu „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans*-Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung“ (AWMF, 2019) durchgeführt.“

- Diagnose, also F64.0 (Transsexualismus) nach dem zurzeit gültigen, internationalen Diagnose-Katalog ICD-10, bzw. ergänzend die Diagnose „Gender Incongruence“ (Geschlechtsspezifische Abweichung) nach dem neuen ICD-11, das am 1. Januar 2022 in Kraft treten soll.

- Begründung der Diagnose durch die Identität und Bedürfnisse der Patient_in. Formulierungsvorschlag: „Bei Patient_in A. lässt sich anhand As Berichten und der Selbstbeschreibung bezüglich der Geschlechtsidentität eine eindeutig nicht-(Einfügen: zugeordnetes Geschlecht) Identitätsentwicklung feststellen. Aufgrund der Transgeschlechtlichkeit besteht eine

---

16 Nach der Richtlinie des MDS (S.19) sollten dazu folgende Richtwerte erfüllt werden: „Um adäquat einschätzen zu können, ob der krankheitswertige Leidensdruck durch psychiatrische und psychotherapeutische Mittel ausreichend gelindert werden konnte, ist aus sozial-medizinischer Sicht ein ausreichend langer Behandlungszeitraum erforderlich. Nach der PT-RL umfasst die kürzeste strukturierte Behandlungsmaßnahme eine Kurzzeittherapie von 12 Sitzungen á 50 Minuten (ggf. auch 24 Sitzungen á 25 Minuten). (…) Bei der Behandlung des krankheitswertigen Leidensdruckes mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Mittel soll daher inklusive der Diagnostik ein Zeitraum von sechs Monaten nicht unterschritten werden.“ Laut S3-Leitlinie gilt jedoch: „Nach Möglichkeit sollte versucht werden, den diagnostischen Prozess so kurz wie möglich zu halten, um den Leidensdruck nicht unnötig zu verlängern und die Diagnosestellung nicht unnötig hinauszuzögern, da negative gesundheitliche Folgen für die Behandlungssuchenden bei einer Diagnostik von ungewisser Dauer evident sind. Eine Sicherung der Diagnose im Rahmen eines längerfristigen diagnostisch-therapeutischen Prozesses als Aufgabe der Psychotherapie (…) oder durch eine Verlaufsbeobachtung bzw. eine psychotherapeutisch begleitete Alltagserprobung (…) ist damit hinfällig.“ Hier gehen S3-Leitlinie und MDS-Richtlinie der Krankenkasse deutlich auseinander, obwohl die MDS-Richtlinie sich grundsätzlich an der S3-Richtlinie orientieren müsste. Letztendlich entscheidend ist die Einschätzung der Therapeut_in. Die S3-Leitlinie benennt zudem die Möglichkeit eines Informed Consent Verfahren (S.12/13, vgl. auch die Internationalen Richtlinien nach S3-Leitlinie, S.43).



tiefgreifende und dauerhafte (Einfügen: Identitätsgeschlecht) Identifikation und ein anhaltendes Unbehagen hinsichtlich der vom sozialen Umfeld erfolgten Geschlechtszuordnung. Es ist mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass das Geschlechtsempfinden von A. sich weiterhin konstant in dem beschriebenen Identitäts-Rahmen bewegen wird."

- Erklärung in Bezug auf die psychische Gesundheit bzw. weitere Diagnosen. Formulierungsvorschlag: „Es liegen keine psychischen oder psychiatrischen Erkrankungen vor, die die Wünsche von Patient_in A. als (Geschlechtsidentität) angesehen und angesprochen zu werden sowie eine geschlechtsangleichende Behandlung (hier: Hormontherapie) durchführen zu lassen, als Ausdruck einer Wahrnehmungsstörung oder Identitäts-Unsicherheit ansehen lassen könnten." Bei vorliegender Diagnose von Borderline, Schizophrenie, Psychosen, DIS (Dissoziativer Identitäts-Struktur) usw., kann die Indikation z.B. folgendermaßen formuliert werden: „Die Geschlechtsidentität von Patient_in A. ist auch im Zusammenhang mit den Erkrankungen stabil und stellt kein Symptom der Erkrankung dar. Die belastenden Erfahrungen von A. aufgrund der Geschlechtsidentität haben jedoch den Verlauf der Erkrankung erschwert bzw. die Behandlung verzögert. Die Unterstützung von A. hinsichtlich des Lebens der gewünschten Geschlechtsidentität ist zur Förderung der psychischen Gesundheit aus therapeutischer Sicht sinnvoll und erhöht den Behandlungszugang bzgl. der Erkrankungen von A."
- Auflistung der therapeutisch unterstützten Behandlungswünsche der Patient_in. Formulierungsvorschlag: „Es besteht bei Patient_in A. ein konstanter Wunsch, die geschlechtsangleichende Maßnahme (hier: Hormontherapie) durchzuführen. Es ist prognostisch davon auszugehen, dass diese geschlechtsangleichende Maßnahme sich für A. bzgl. der alltäglichen Lebensführung und psychischen Belastung deutlich erleichternd auswirkt und der seit drei Jahren in allen Bereichen nach Möglichkeit gelebten Geschlechtsidentität von A. entspricht. Daher wird der Beginn der Maßnahme aus psychotherapeutischer Sicht befürwortet."



Informationen zum Indikations-Schreiben

Laut S3 Leitlinie sollte „das Schreiben zur Empfehlung einer körpermodifizierenden Behandlung (…) kurz sein. Ein Bezug zur S3-Leitlinie wird empfohlen. Beinhalten soll es

1. die der Behandlung zugrundeliegende Diagnose,
2. eine Aussage zu den ggfs. begleitenden psychischen Störungen,
3. die jeweils empfohlene Behandlung,
4. die Informiertheit des Behandlungssuchenden über die Diagnose und
5. die Informiertheit des Behandlungssuchenden über alternative Optionen der Behandlung(en). (S.49)

Kritik an der mangelhaften Umsetzung der S3-Leitlinien durch die MDS-Richtlinien der Krankenkassen, u.a. an dem Ausschluss von nicht-binären Menschen und längerer Therapiezeit vor der Diagnose-Stellung:

Stellungnahme des Bundesverband Trans*: https://www.bundesverband-trans.de/wp-content/uploads/2020/12/PE_MDS-verpasst-Chance-Transgesundheitsversorgung-zu-sichern.pdf

Stellungnahme des Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (Forderung der umgehenden Überarbeitung): https://www.qz-ts-muc.de/zum-download/presseerkl%C3%A4rung/

Stellungnahme der Bundestherapeuten-Kammer (Forderung der Rücknahme der MDS-Richtlinien): https://www.bptk.de/keine-zwangs-psychotherapie-bei-transsexuellen/



Stellungnahme des Netzwerk Geschlechtliche Vielfalt Trans NRW: https://www.ngvt.nrw/stellungnahme-ngvt-nrw-begutachtungsanleitung-des-mds/

Stellungnahmen des VDGE e.V.: https://www.vdge.org/2020/11/30/die-neufassung-der-begutachtungsanleitung-richtlinie-des-gkv-spitzenverbandes-nach-%C2%A7282-sgb-v-geschlechtsangleichende-massnahmen-bei-transsexualismus-icd-10-f64-0/

Wir fügen hier gerne weitere Informations-Quellen ein. Schreib dazu an: **beratung@transinterqueer.org**

d. Therapeut_innen-Suche

Erfahrungswert in Berlin sind ungefähr 4-6 Therapie-Monate bis zur Indikation. Je nachdem, wie komplex die Situation ist, kann die Diagnostik jedoch länger dauern. In diesem Fall sollte die Therapeut_in in nachvollziehbarer Weise erklären, warum es länger dauert und wie viel Zeit absehbarer Weise benötigt wird. Um einschätzen zu können, welche Zeiträume in der Praxis üblich sind, um eine Diagnose zu stellen bzw. eine Indikation auszustellen, ist es ebenfalls sinnvoll, direkt nachzufragen.

Falls du geschlechtsangleichende Operationen anstrebst, benötigst du längere Therapiezeit, insofern die Kosten von der Krankenkasse übernommen werden sollen. In Deutschland setzt der MDS, der „Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ die medizinischen Richtlinien/Behandlungsbedingungen für trans* Personen fest. Die jeweiligen regionalen Stellen, die MDKs, meint „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ entscheiden über Kostenbewilligung mithilfe dieser Richtlinien. Dies gilt auch für viele Leistungen, die die spezifische Gesundheitsversorgung von trans* und nicht-binären Menschen betreffen, wie geschlechtsangleichende Operationen und Laserbehandlung.

Zu den Behandlungs-Voraussetzungen für die Kostenübernahme geschlechtsangleichender Maßnahmen heißt es in den MDS-Richtlinien auf Seite 35:



„Bei genitalangleichenden Operationen ist für die Alltagserfahrungen (…) i.d.R. ein Zeitraum von mindestens 12 Monaten zu fordern, um eine voll-informierte soziale und medizinische Transition zu ermöglichen und das Risiko für Bedauern („regrets“) und Retransitionen zu minimieren. Abweichungen davon müssen von den Behandelnden nachvollziehbar begründet werden. Einzelne Maßnahmen, z.B. Epilationsbehandlung, Hormonbehandlung oder Mastektomie, können auch schon zu einem früheren Zeitpunkt erforderlich sein, um die Alltagserfahrungen zu ermöglichen. Auch dies muss von den Behandelnden begründet werden.“ Das heißt: Für geschlechtsangleichende Operationen werden nach den momentanen MDS-Richtlinien 12 Monate Therapienachweis benötigt. In diesen 12 Monaten sollen in mindestens 12 Sitzungen á 50 Minuten (ggf. auch 24 Sitzungen á 25 Minuten) durchgeführt werden:

„Um adäquat einschätzen zu können, ob der krankheitswertige Leidensdruck durch psychiatrische und psychotherapeutische Mittel ausreichend gelindert werden konnte, ist aus sozialmedizinischer Sicht ein ausreichend langer Behandlungszeitraum erforderlich. Nach der PT-RL umfasst die kürzeste strukturierte Behandlungsmaßnahme eine Kurzzeittherapie von 12 Sitzungen á 50 Minuten (ggf. auch 24 Sitzungen á 25 Minuten). In Bezug auf den zeitlichen Umfang psychiatrischer und psychotherapeutischer Mittel zur Behandlung des krankheitswertigen Leidensdruckes wird dieser Umfang einer KZT als mindestens erforderlich angesehen, um zu klären, dass der krankheitswertige Leidensdruck durch psychiatrische und psychotherapeutische Mittel nicht ausreichend gelindert werden konnte. Bei der Behandlung des krankheitswertigen Leidensdruckes mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Mittel soll daher inklusive der Diagnostik ein Zeitraum von sechs Monaten nicht unterschritten werden.“ (MDS Richtlinie, August 2020, S.19)

Anmerkung: Die Richtlinie des MDS bezieht sich zurzeit nur auf binäre trans* Menschen. Für nicht-binäre Menschen, die hier in Bezug auf die Richtlinie ausdrücklich ausgeschlossen werden, gibt es jedoch auch keine eigene Richtlinie. Es besteht also eine Versorgungslücke, durch die der Bedarf nicht-binärer Menschen nach geschlechtsangleichenden bzw. Dysphorie-mindernden Maßnahmen nicht gedeckt werden bzw. sichtbar gemacht werden kann.[17] Der Bedarf & Anspruch nicht-binärer Menschen nach medi-zinischer Versorgung ist jedoch in der S3-Leitlinie der Gesellschaft für Sexualforschung sowie im entspre-

17 Siehe Kritik an der MDS-Richtlinie unter 3.c. (Infokasten)



chenden Patient_innen-Leitfaden des Bundesverband Trans* ausdrücklich benannt. Es ist daher gut, mit der Therapeut_in zu überlegen, ob du eine kurze Therapie, zur Indikation für Hormone, machen möchtest, oder eine längere, bei der - wenn das gewünscht ist - auch eine OP-Indikation möglich ist.

Entgegen immer wieder zu lesender Fehl-Information ist kein dreijähriger Alltagstest notwendig, um mit der Hormontherapie anzufangen. In der Therapie wird aber geschaut, was deine Bedürfnisse in Bezug auf dein Umfeld gerade in der Transition sind. Die Therapie kann, auch wenn sie eine Hürde auf dem Weg zu Hormonen usw. ist, auch sehr hilfreich sein, um die Schwierigkeiten im Coming-Out zu bewältigen. Es geht darum, dass du für dich eine gute Möglichkeit findest, so zu leben, dass du dich wohl fühlst.

Informationen zur Therapeut_innen-Suche

Mari Günther, Kirsten Teren, Gisela Wolf: Psychotherapeutische Arbeit mit trans* Personen: Handbuch für die Gesundheitsversorgung, München, 2019, darin im Besonderen das Kapitel „Gestaltung der therapeutischen Beziehung“ (S. 192 – 199)

Wir fügen hier gerne weitere Informations-Quellen ein. Schreib dazu an: **beratung@transinterqueer.org**



e. Hormonbehandler_innen-Suche

Um Hormonbehandler_innen zu finden, die in der Behandlung von trans* und nicht-binären Menschen erfahren sind, wende dich am besten an queere Beratungsstellen vor Ort oder frage in deiner lokalen Unterstützungs-Gruppe nach. Viele Beratungsstellen geben auf Anfrage Listen mit von Patient_innen positiv rückgemeldeten Ärzt_innen heraus. Es kann sich auch lohnen, zur Hormonbehandlung in die nächste größere Stadt zu fahren, wenn sich in der Nähe niemand Erfahrenes finden lässt.

Du kannst schon vor der Indikation einen Termin bei einer Arzt-Praxis machen, die Hormonbehandlungen durchführt. Häufig wird die Hormontherapie von Endokrinolog_innen durchgeführt, jedoch gibt es auch Ärzt_innen aus den Bereichen Gynäkologie, Urologie, Andrologie oder Allgemein-Medizin, die diese Behandlungen durchführen. Die Wartezeiten, um einen Erst-Termin zu bekommen, sind oft recht lang, daher lohnt es sich, dort möglichst früh einen Termin zu machen (gleiches gilt für Therapeut_innen). Beim Erst-Termin werden i.d.R. zunächst Voruntersuchungen gemacht, daher braucht man für diesen meist noch keine Indikation. Es wird Blut abgenommen, um die Ausgangs-Werte zu erfassen - damit man später die Veränderungen nachvollziehen kann. Zudem sollte, besonders bei Menschen, die Östrogen-Tabletten einnehmen möchten, eine Leber-Ultraschalluntersuchung durchgeführt werden, um die Möglichkeit von Funktionsstörungen der Leber zu vermeiden bzw. zu vermindern.

Informationen zur Hormon-Behandler_innen-Suche

Wir fügen hier gerne weitere Informations-Quellen ein. Schreib dazu an: **beratung@transinterqueer.org**

4. Körperliche und psychische Effekte der Hormontherapie

Bei den Veränderungen beziehen wir uns auf ärztliche Einwilligungsbögen aus den USA, u.a. des Lyon Martin Krankenhauses in San Francisco. Wir weisen darauf hin, dass dies keine vollständige Liste ist oder zum derzeitigen Forschungsstand sein kann. Neben den hier aufgelisteten Effekten haben wir in der Beratungsarbeit auch einzelne Erfahrungsberichte über seltenere (Neben-)Effekte der Hormonbehandlung, z.B. Veränderung des Geruch-Sinns erhalten. Viele dieser selten/ individuell auftretenden Effekte sind aber bisher nicht untersucht. Wenn du unerwartete Veränderungen bemerkst, sprich diese bei deiner behandelnden Ärzt_in an.

Weitere Informationen zu Effekten der Hormontherapie

Kapitel „Hormontherapie", S. 52-58, In: S-3 Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans*-Gesundheit" der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS), AWMF-Register-Nr. 138|001:

https_//www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001l_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf

Kapitel „Hormontherapie", S.51-53, In: „Leitfaden Trans* Gesundheit" (Patient_innen-Leitfaden zur S-3 Leitlinie) des Bundesverband Trans*:

https_//www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001p_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-11_1.pdf



Eine Englisch-Sprachige Übersichts-Broschüre zur Hormon-behandlung für trans Menschen gibt es von den Organisationen NHS & Gires (2007): https://www.scottishtrans.org/wp-content/uploads/2013/06/NHS-A-Guide-to-Hormone-Therapy-for-Trans-People.pdf

Wir fügen hier gerne weitere Informations-Quellen ein. Schreib dazu an: **beratung@transinterqueer.org**

a. Veränderungen durch Östrogen

Östrogen kann die folgenden **dauerhaften** Veränderungen verursachen:

- Brustwachstum und Änderung der Form der Brustwarzen, wobei es deutliche, individuelle (Größen-)Unterschiede gibt[18]
- Schrumpfung der Hodengröße

Östrogen kann die folgenden **reversiblen** Veränderungen verursachen, das heißt, diese können sich zurückentwickeln, wenn du die Einnahme beendest:

- Weniger Akne
- Verlangsamung des Haarausfalls, besonders an den Schläfen und im Scheitelbereich
- Weichere Haut, mögliche Sensibilitätsveränderung
- Feinere Körperbehaarung, obwohl sie nicht verschwindet
- Weniger auffälliger Körpergeruch und eine Veränderung der Qualität des Achselschweißes
- Verringertes Fett im Bauchbereich

18 Die Brustgröße und die Form der Brustwarzen kann sich nach Absetzen der Hormone z.T. wieder zurückentwickeln. Dies ist jedoch individuell. Eine vollständige Rückentwicklung ist i.d.R. nicht zu erwarten.



- Vermehrtes Fett an Gesäß und Oberschenkeln
- Verminderte oder verlorene morgendliche und spontane Erektionen
- Unfähigkeit, eine Erektion zu bekommen, die hart genug für Penetration ist
- Verminderter Sexualtrieb und verminderte Libido
- Verminderte Spermien-Produktion, Unfruchtbarkeit

Die Hormontherapie mit Östrogen kann **nicht**:

- Haarfollikel beseitigen
- die Knochenform verändern
- die Stimmlage verändern
- die Körpergröße verändern
- vor sexuell übertragbaren Krankheiten schützen
- Unfruchtbarkeit garantieren

Es kann mehrere Monate dauern, bis die feminisierenden Effekte spürbar werden, und bis zu fünf oder 10 Jahre brauchen, um ihr Maximum zu erreichen. Die Geschwindigkeit dieser Veränderungen ist bei jedem Menschen anders.

Es gibt keine Möglichkeit, definitiv vorauszusagen, wie oder wie schnell sich dein Körper verändern und auf die Hormontherapie reagieren wird. Die richtige Dosis für dich ist vielleicht nicht die gleiche wie für jemand anderen.

Informationen zur durch Östrogen

Wir fügen hier gerne weitere Informations-Quellen ein. Schreib dazu an: **beratung@transinterqueer.org**



b. Veränderungen durch Testosteron

Testosteron kann die folgenden **dauerhaften** Veränderungen verursachen:

- Vermehrter Haarwuchs im Gesicht, an Armen, Beinen, Brust, Rücken und Unterleib
- Haarausfall, insbesondere an den Schläfen und im Scheitelbereich bis hin zur vollständigen Glatze
- Vertiefte Stimme
- Vergrößerung der Klitoris, veränderte Sensibilität
- Knorpelwachstum, z.B. Nase oder Füße

Testosteron kann die folgenden **reversiblen** Veränderungen hervorrufen, das heißt, diese können sich zurückverändern, wenn die Einnahme von Testosteron beendet wird:

- Erhöhte Libido und Veränderungen im Sexualverhalten, ähnlich wie in der Pubertät
- Erhöhte Muskelmasse
- Verringertes Fett im Gesicht, den Brüsten, im Gesäß & den Oberschenkeln
- Vermehrtes Fett im Bauchbereich
- Vermehrtes Schwitzen und Veränderungen des Körpergeruchs
- Erhöhter Appetit, Gewichtszunahme und Wassereinlagerungen
- Hervortreten von Venen und gröbere Haut, mögliche Veränderung der Sensibilität
- Akne im Gesicht, auf dem Rücken und auf der Brust, besonders in den ersten Jahren der Behandlung, die, wenn sie schwerwiegend ist, zu dauerhafter Narbenbildung führen kann
- Vaginale Atrophie, das heißt Trockenheit und Juckreiz, die gelegentlich Schmerzen bei vaginaler Penetration verursachen können
- Veränderungen der Stimmung



- Ausbleiben der Menstruation
- Unfruchtbarkeit
- Gefahr von Fehlgeburten

Testosteron kann **nicht**:

- die Körpergröße verändern
- die Knochenstruktur verändern
- vor Schwangerschaft schützen
- vor sexuell übertragbaren Krankheiten schützen
- Unfruchtbarkeit garantieren

Es kann mehrere Monate dauern, bis die maskulinisierenden Effekte von Testosteron spürbar werden, und bis zu fünf oder mehr Jahre brauchen, um ihr Maximum zu erreichen. Die Geschwindigkeit dieser Veränderungen ist bei jedem Menschen anders.

Es gibt keine Möglichkeit, definitiv vorauszusagen, ob, wie oder wie schnell sich dein Körper verändern und auf die Hormontherapie reagieren wird. Die richtige Dosis für dich ist vielleicht nicht die gleiche wie für jemand anderen.



Weitere Infos zur Veränderungen durch Testosteron

Infos zur Testosteron-Therapie auf der Website des TransMann e.V.:

https://www.transmann.de/trans-informationen/medizinisches/hormone/

Eine leicht(er) lesbare Übersicht zur Testosteron-Therapie bietet das Buch von Martin Licht: „TM-Brevier, das Handbuch für Transmänner", vor allem Kapitel 4, S.52-62, Hamburg 2012

Wir fügen hier gerne weitere Informations-Quellen ein. Schreib dazu an: **beratung@transinterqueer.org**

c. Geschwindigkeit der Veränderungen

Es gibt viele individuelle Faktoren, die Einfluss auf die Geschwindigkeit der Veränderungen nehmen, z.B. gehen diese bei höherem Lebensalter oft langsamer vonstatten. Auch treten nicht alle Veränderungen bei jeder Person auf. In den folgenden Tabellen sind durchschnittliche Richtwerte zur Orientierung aufgezeigt.

	Erwarteter Wirkungseintritt	**Erwarteter Zeitpunkt des maximalen Effektes**
Brustwachstum	3-6 Monate	2-3 Jahre
Verweiblichung des Körpers mit Umverteilung des Fettgewebes	3-6 Monate	2-5 Jahre
Weicher werden der Haut	3-6 Monate	
Rückgang der Körper- und Gesichtsbehaarung	6-12 Monate	>3 Jahre
Abnahme der Hodengröße	3-6 Monate	2-3 Jahre
Abnahme von sexuallem Verlangen und Erektionen	1-3 Monate	1-2 Jahre

Tabelle 1: Effekte und zeitlicher Verlauf einer feminisierenden Hormontherapie
Quelle: Aktuelle MDS-Richtlinien, 2020, S.26/27

	Erwarteter Wirkungseintritt	Ungefährer Zeitpunkt des maximalen Effektes
Aussetzen der Regelblutung	2-6 Monate	
Tiefe Stimme	3-12 Monate	1-2 Jahre
Vermännlichung des Körperbaus, Zunahme der Muskelmasse	6-12 Monate	2-5 Jahre (trainingsabhängig)
Bartwuchs, Körperbehaarung	3-6 Monate	3-5 Jahre
Klitoriswachstum	3-6 Monate	1-2 Jahre

Tabelle 2: Effekte und zeitlicher Verlauf einer virilisierenden Hormontherapie
Quelle: Aktuelle MDS-Richtlinien, 2020, S.26/27

Weitere Informationen zur Geschwindigkeit der Veränderungen

Quelle der 1. & 2. Tabelle:

Aktuelle MDS-Richtlinien, S.26/27 Link: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA_Trans*sexualismus_201113.pdf

Ursprüngliche Quelle zur Tabelle der MDS-Richtlinien:

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad,M. H., … & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 102(11), 3869-3903

Wir fügen hier gerne weitere Informations-Quellen ein. Schreib dazu an: **beratung@transinterqueer.org**



5. (Un-)Fruchtbarkeit & gesundheitliche Vorsorge bei Hormontherapien

Die Hormon-Behandlung für trans* und nicht-binäre Menschen kann deutliche Auswirkungen auf die Fruchtbarkeit haben: Es kann es schwieriger oder sogar unmöglich sein, in Zukunft genetisch verwandte Nachkommen zu haben, also selbst ein Kind zu zeugen oder zu gebären.

Es ist wichtig, sich mit diesem Umstand vor Beginn der Hormonbehandlung auseinanderzusetzen und abzuwägen, welchen Einfluss dies auf die eigene Familien-Planung hat. Es kann dafür sinnvoll sein, sich mit verschiedenen Familienmodellen auseinanderzusetzen, z.B. Co-Elternschaft, Adoption, Pflege-Elternschaft, gemeinsame Verantwortung für Kinder innerhalb einer Wohngemeinschaft.

Ebenso sollte die Möglichkeit, Spermien oder Eizellen vor der Hormonbehandlung zu konservieren, erwogen werden. Diese Möglichkeit wird von verschiedenen Familienplanungszentren in Deutschland angeboten. Samenbanken und Beratungsstellen können dir dabei helfen, herauszufinden, ob eine Kostenübernahme dafür durch deine Krankenkasse möglich ist.

Die Möglichkeit zur Reproduktion, d.h. das Kinder-Bekommen, sowie das Zusammenleben mit und Begleiten von (eigenen) Kindern, wurde und wird für viele trans* und nicht-binäre Menschen eingeschränkt durch Gesetze und durch ihren Zugang zu Geld, Wohnungen, Arbeit und anderen Ressourcen. Beispiele dafür sind zB Gesetzgebungen, die Sterilisation verlangen, damit Personen ihren Geschlechtseintrag ändern können, wie bis 2011 in Deutschland. Oder der Ausschluss von Adoptionsmöglichkeiten. Oder der Entzug von Kindern von ihren Eltern, weil angenommen wird, diese könnten sich aufgrund ihrer Identität nicht gut um diese kümmern. Auch der mangelnde Zugang zur Gesundheitsversorgung, zB zu trans* und nicht-binär-sensiblen Geburtsvorbereitungskursen, Fachärzt_innen und Krankenhäusern ist eine solche Begrenzung. Diese Einschränkungen oder Verunmöglichungen betreffen neben anderen queeren Menschen auch Menschen, die zB. von Rassismus oder Be_hinderung, von chronischer Erkrankung, Armut und sozialer Ausgrenzung betroffen sind. Von je mehr Faktoren eine Person betroffen ist, desto schwerer kann der Zugang zu einer Selbstbestimmung der eigenen Reproduktivität sein. Dies kann zudem



auch eine Einschränkung des Zugangs zur Abtreibungen oder eines Schutz vor ungewollter Schwangerschaft bedeuten. Unter dem Stichwort „reproduktive Gerechtigkeit“ werden diese Ausschlüsse auch in verschiedenen Veröffentlichungen und Diskursen sichtbar gemacht und für Zugänge gekämpft.

Trans* und nicht-binäre Menschen finden verschiedene Strategien für den Umgang mit diesen Einschränkungen. Solcher Umgang kann zB die Sichtbarmachung von Trauer und Wut über diese Umstände sein. Oder der Versuch, Gesetze und Ressourcen-Zugänge zu verändern. Oder sich innerhalb der bestehenden Einschränkungen alternative Familienmodelle aufzubauen.

Ebenso ist es wichtig, sich damit auseinanderzusetzen, dass auch bei der Hormonbehandlung weiterhin gynäkologische oder urologische Vorsorgeuntersuchungen notwendig sein können oder sogar vermehrt nötig sind.



Weitere Informationen zur (Un-)Fruchtbarkeit und gesundheitlicher Vorsorge bei der Hormonbehandlung

Infos zu trans* und nicht-binärer Elternschaft:

Sascha Rewald: Elternschaften von trans* Personen, In: Appenroth/ Castro Verela (Hrsg.): Trans & Care – Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung, S. 187-200, Bielefeld, 2019

Artikel zu Trans* Elternschaft mit weiteren Links: https://www.regenbogenportal.de/informationen/trans-elternschaft

Arbeitsgemeinschaft zum Thema Elternschaft beim Bundesverband Trans*: https://www.bundesverband-trans.de/unsere-arbeit/agen/

Zeitschrift Queerulant_in, Ausgabe 8: Trans* und Elternschaft: https://www.queerulantin.de/?page_id=796, Link zur englischen Übersetzung: https://www.queerulantin.de/?p=840

Queeres Hebammen-Kollektiv Cocoon: https://www.cocoon-hebammenkollektiv.de/unser-team/

Ansprechpartner Gesundheitsversorgung:

Englische Website, Angebote in verschiedenen Sprachen bietet das Projekt „Casa Kuà“ in Berlin, ein TIN Community-Zentrum und Gesundheits-Zentrum, organisiert von BIPoC[1] TIN Personen: https://www.casa-kua.com/

Wir fügen hier gerne weitere Informations-Quellen ein. Schreib dazu an: **beratung@transinterqueer.org**

1 Black, Indigenous and People of Colour, meint: Schwarze und Indigene Personen und weitere Menschen, die von Rassismus betroffen sind



a. (Un-)Fruchtbarkeit & gesundheitliche Vorsorge bei der Östrogen-Therapie

Die Hormontherapie ist keine Verhütungsmethode. Wenn du Sex mit einer Person hast, bei der eine Schwangerschaft möglich werden kann, und eine Schwangerschaft unerwünscht ist, solltet ihr z.B. mit Kondomen verhüten. Die Hormontherapie schützt nicht vor Hodenkrebs. Du wirst weiterhin Vorsorgeuntersuchungen benötigen, wenn du keine Orchiektomie, also Entfernung der Hoden, hattest.

Ebenso schützt sie nicht vor Prostatakrebs, auch hier werden weiterhin Vorsorgeuntersuchungen nötig sein. Auch wenn du dich einer Orchiektomie und/oder einer Vaginoplastik[19] unterziehst, wird die Prostata bei diesen Eingriffen nicht entfernt.

Es kann sein, dass für dich mehr Vorsorgeuntersuchungen nötig sind als für andere in deinem Alter. Du solltest diese Untersuchungen wahrnehmen, um sicherzustellen, dass dein Körper während der Hormontherapie gesund ist.

Besprich die Dosierung deiner Hormone mit deiner behandelnden Ärzt_in, so dass es weder zur Unter- noch zur Überdosierung kommt. Überdosierung führt zum erhöhten Risiko von Nebenwirkungen, vor allem Thrombosen.

Weitere Informationen zur (Un-)Fruchtbarkeit und gesundheitlicher Vorsorge bei Östrogen-Einnahme

Abschnitt „Das selbstbestimmte vorzeitige Beenden der eigenen Fertilität“ (S. 174-175), In: Mari Günther, Kirsten Teren, Gisela Wolf: Psychotherapeutische Arbeit mit trans* Personen: Handbuch für die Gesundheitsversorgung, München, 2019

Wir fügen hier gerne weitere Informations-Quellen ein. Schreib dazu an: **beratung@transinterqueer.org**

19 Chirurgische Konstruktion einer (Neo-)Vagina.



b. (Un-)Fruchtbarkeit & gesundheitliche Vorsorge bei Testosteron-Therapie

Testosteron ist keine Verhütungsmethode: Auch wenn die Menstruation ausbleibt, kann immer noch ein Eisprung stattfinden. Eine Schwangerschaft ist während der Einnahme von Testosteron unwahrscheinlicher, jedoch möglich. Wenn du vaginalen Sex mit einer Person hast, die Sperma produzieren kann, und eine Schwangerschaft nicht erwünscht ist, solltet ihr z.B. mit Kondomen verhüten.

Testosteron kann starke Schwangerschaftskomplikationen verursachen, wenn du während der Einnahme schwanger wirst. Sollte ein Schwangerschaftswunsch bestehen, sprich am besten mit eine_r Ärzt_in, die sich damit auskennt, welche Möglichkeiten bestehen. Es ist zum Teil möglich, auch nach einer begonnenen Hormontherapie eine Schwangerschaft gut zu gestalten. Allerdings muss die Hormontherapie dafür unterbrochen werden. Dabei sollte bedacht werden, dass die Hormonveränderungen in der Schwangerschaft wieder Veränderungen deines Körpers hervorrufen werden. Die Hormontherapie schützt nicht vor Gebärmutter-, Eierstock- oder Gebärmutterhalskrebs, so dass weiterhin regelmäßige Unterleibsuntersuchungen und PAP[20]-Abstriche nötig sind, es sei denn, es wurde eine Kolpektomie[21] durchgeführt. Selbst nach einer Hysterektomie[22] und Oophorektomie[23] kann es sein, dass du weiterhin regelmäßige gynäkologische Untersuchungen und Vorsorgeuntersuchungen benötigst. Hormontherapie verhindert keinen Brustkrebs, so dass du weiterhin regelmäßige Brustuntersuchungen und/oder Mammographien[24] benötigen wirst. Auch eine Mastektomie[25] schützt davor nicht sicher.

---

20 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung, die ab dem 20. Lebensjahr zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs empfohlen wird und jährlich stattfinden sollte

21 (Teilweise) Entfernung der Vaginal-Wand, u.U. mit Verschluss des Vaginal-Kanals

22 Entfernung des Uterus

23 Entfernung der Eierstöcke

24 Untersuchung durch Röntgenstrahlung zur Früherkennung von Brustkrebs

25 Reduktion des Brustgewebes (u.U. mit Entfernung des Drüsengewebes) zur Formung eines flachen/flacheren Oberkörpers



Die Hormontherapie kann für dich mehr Vorsorgeuntersuchungen erforderlich machen als für Andere in deinem Alter. Du solltest sie ernstnehmen, um sicherzustellen, dass dein Körper während der Hormontherapie gesund ist.

Bei einer zu hohen Dosis kann ein Zuviel an Testosteron vom Körper in Östrogen umgewandelt werden. Dies kann die erwünschte Wirkung des Hormons verlangsamen oder aufhalten. Der Testosteronspiegel sollte in regelmäßigen Abständen vom Arzt durch Bluttests überwacht werden, die am „Tiefpunkt“ oder niedrigsten Niveau durchgeführt werden, um sicherzustellen, dass ein gesunder Spiegel besteht.

Weitere Informationen zur (Un-)Fruchtbarkeit und gesundheitlicher Vorsorge bei Testosteron-Einnahme

Wir fügen hier gerne weitere Informations-Quellen ein. Schreib dazu an: **beratung@transinterqueer.org**

6. Risiko von Nebenwirkungen bei Hormonbehandlungen

Bei der Hormontherapie kann es zu Nebenwirkungen kommen, entweder durch die Medikamente selbst, deine körperliche und_oder psychische Reaktion auf die Veränderungen, die diese hervorrufen, oder Reaktionen mit anderen Medikamenten, die du nimmst. Sprich mit der behandelnden Ärzt_in an, wenn du noch weitere Medikamente nimmst, Erkrankungen oder Allergien usw. bekannt sind. Frag auch nach möglichen Nebenwirkungen und lies den Beipackzettel deiner Hormonpräparate (und_oder -Blocker). Es kann auch hilfreich sein, andere Menschen, die Hormontherapie machen, nach ihren Erfahrungen mit Nebenwirkungen zu fragen.

Wenn du vermehrt Depressionen, Angstzustände oder Suizidgedanken verspürst, solltest du dich auf jeden Fall an deine Ärzt_in wenden. Es kann hormonelle

Zusammenhänge geben, die abgeklärt werden sollten und evtl. einer Dosisanpassung bedürfen. Aber auch die körperlichen Veränderungen und veränderte Außenwahrnehmung können psychisch sehr belastend sein. Lass dir helfen, z.B. eine Beratungsstelle oder Psychotherapeut_in zu finden, wenn sich dein Zustand durch Dosisanpassung nicht verändert. Insgesamt gilt: aufmerksam auf evtl. Nebenwirkungen achten und entsprechend Fachärzt_innen konsultieren.

Bei der folgenden Auflistung möglicher Nebenwirkungen beziehen wir uns auf ärztliche Einwilligungsbögen aus den USA, u.a. des Lyon Martin Krankenhauses in San Francisco. Zudem wurde die Liste von deutschen Ärzt_innen, die Erfahrung mit Hormontherapie haben, gegengelesen.

Hinweis: Es kann weitere Nebenwirkungen geben, die bekannt, aber hier nicht gelistet sind, oder bisher nicht bekannt sind. Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll einen ersten Überblick geben. Es kommt immer auf das jeweilige Hormon-Präparat in Kombination mit dem individuellen Körper und Psyche sowie evtl. weiteren eingenommenen Medikamenten an.

Neben den hier beschriebenen Nebenwirkungen der Testosteron- bzw. Östrogen-Therapie gibt es auch Nebenwirkungen, die durch weitere in der Hormon-Therapie eingesetzte Medikamente verursacht werden können (z.B. die unter 3.a. genannten).

Weitere Informationen zu Nebenwirkung bei Hormon-Therapie

Sammlung ärztlicher Informed Consent Bögen aus den USA (englisch & spanisch):

https://www.transline.zendesk.com/hc/en-us/articles/229373308-Example-Informed-Consent-Forms-for-Hormone-Therapy

Wir fügen hier gerne weitere Informations-Quellen ein. Schreib dazu an: **beratung@transinterqueer.org**



a. Mögliche Nebenwirkungen bei der Östrogen-Therapie

Folgende möglicherweise schädlichen oder gefährlichen medizinischen Nebenwirkungen von Östrogen sind bekannt:

- Erhöhtes Risiko von Blutgerinnseln, auch Thrombosen genannt, die zu erheblichen medizinischen Problemen führen können (z.B. Lungenembolie, Schlaganfall, Hirnschäden und/oder Tod). Dieses Risiko steigt bei Über-Dosierung und variiert je nach Verabreichungsform. Bei transdermaler Verabreichung (= Gel/Creme) besteht voraussichtlich ein geringeres Risiko. Zudem ist das Risiko erhöht, wenn du Tabak rauchst und über 35 Jahre alt bist. Es wird empfohlen, keinen Tabak zu rauchen. Dein_e Ärzt_in kann dich über Möglichkeiten der Raucher_innen-Entwöhnung informieren, wenn du das möchtest.

- Erhöhung des guten Cholesterins (HDL) und Senkung des schlechten Cholesterins (LDL). Dies kann dein Risiko für Herzinfarkt und/oder Schlaganfall in der Zukunft senken. Dein_e Ärzt_in sollte dies vor Beginn der Hormonbehandlung prüfen und dich während der Hormontherapie durch regelmäßige Blutuntersuchungen überwachen.

- Erhöhter Blutdruck. Der Blutdruck sollte vor Beginn und während der Hormontherapie durch regelmäßige körperliche Untersuchungen überwacht werden. Bestimmte Diäten, eine Änderung der Lebensweise oder Medikamente können nötig sein, um den Blutdruck gut zu kontrollieren.

- Erhöhte Leberenzyme, die auf eine Leberentzündung oder einen Rückstau von Leberprodukten in den Gallengängen hinweisen. Dies kann zu Oberbauchschmerzen und gestörter Leberfunktion führen. Dein_e Ärzt_in sollte dich vor Beginn der Hormontherapie auf Leberprobleme überprüfen und dich während der Hormontherapie durch regelmäßige Blutuntersuchungen überwachen.

- Mögliche Bildung von Steinen in der Gallenblase, die zu Beschwerden führen können. Solange keine Beschwerden auftreten, ist i.d.R. keine Behandlung notwendig. Solltest du Beschwerden haben, z.B. krampfartige Oberbauchschmerzen, suche dein_e Ärzt_in auf.



- Zunehmende Migräne-Kopfschmerzen. Wenn diese schwerwiegend sind oder länger andauern, solltest du dein_e Ärzt_in darauf aufmerksam machen.
- Selten wird über zunehmende Übelkeit und Erbrechen berichtet, ähnlich der morgendlichen Übelkeit während der Schwangerschaft. Falls schwer oder länger anhaltend, solltest du mit deiner Ärzt_in darüber sprechen.
- Östrogene schützen vor Osteoporose. Bei anhaltender Unterdosierung oder Absetzung der Hormone nach erfolgter Orchiektomie ist das Risiko erhöht, eine Osteoporose zu entwickeln. Dein_e Ärzt_in kann dir Nahrungsergänzungsmittel, bestimmte Nahrungsmittel und/oder Bewegung verordnen, um diesem Risiko entgegenzuwirken. Ab einem bestimmten Alter oder wenn du eine Zunahme von Knochenbrüchen erlebst, kann dich dein_e Ärzt_in zu einer Knochendichtemessung überweisen und/oder Medikamenten zur Erhöhung der Knochendichte anordnen.
- Möglicherweise erhöht sich das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken. Dein_e Ärzt_in kann dir regelmäßige Brustuntersuchungen und/oder Mammographien[26] empfehlen.
- Möglicher Anstieg des Prolaktinspiegels und/oder Bildung eines Hypophysentumors. Dein Arzt sollte deinen Prolaktinspiegel vor Beginn und während der Hormontherapie durch regelmäßige Blutuntersuchungen überwachen. Wenn er erhöht ist, kann dein_e Ärzt_in empfehlen, die Hormondosis zu verringern oder abzusetzen und/oder dich zur Kontrolle zur Hirn-MRT zu überweisen.
- Appetitsteigerung und Gewichtszunahme sind möglich.
- Ebenso ist es möglich, dass es zu Stimmungsschwankungen kommt. Dies gilt vor allem für die Zeit der hormonellen Umstellung bei Einnahme neuer Hormon-Medikamente, jedoch auch für die Gesamtzeit der Einnahme.

26 Im Alter von ca. 50-69 Jahren werden die Kosten dieser Untersuchungen i.d.R durch die Krankenkassen übernommen.



- Bei Einnahme von Östrogen-Gel: Bei Hautkontakt kann sich das Gel, insofern es noch nicht komplett absorbiert wurde, auf andere Personen und (Haus-) Tiere übertragen. Besonders beim Kontakt mit Kindern sollte daher auf ausreichende Einwirkzeit (siehe Packungsbeilage) geachtet werden, bzw. entsprechende Hautstellen durch Kleidung bedeckt werden, um Übertragungen zu vermeiden.

Weitere Informationen zu Nebenwirkung bei Östrogen-Einnahme

Wir fügen hier gerne weitere Informations-Quellen ein. Schreib dazu an: **beratung@transinterqueer.org**

b. Mögliche Nebenwirkungen bei der Testosteron-Therapie

Folgende möglicherweise schädlichen oder gefährlichen medizinischen Nebenwirkungen von Testosteron sind bekannt:

- Möglicherweise erhöhtes Risiko bestimmter gynäkologischer Probleme, wie Scheidentrockenheit und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Da auch Veränderungen und Krebs nicht auszuschließen sind, werden regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen empfohlen.
- Verminderung des guten Cholesterins (HDL) und Erhöhung des schlechten Cholesterins (LDL). Dies kann das Risiko für einen Herzinfarkt und/oder Schlaganfall in der Zukunft erhöhen. Der Cholesterinspiegel sollte vor Beginn und während der Hormontherapie durch regelmäßige Blutuntersuchungen überwacht werden.
- Erhöhter Blutdruck. Der Blutdruck sollte vor Beginn und während der Hormontherapie durch regelmäßige körperliche Untersuchungen überwacht werden. Bestimmte Diäten, eine Änderung der Lebensweise oder Medikamente können nötig sein, um den Blutdruck gut zu kontrollieren.



- Erhöhtes Risiko für die Entwicklung oder Verschlimmerung bestimmter Krankheiten (z.B. Typ-2-Diabetes, Schlafapnoe und Epilepsie). Diese müssen dann getrennt von der Hormonbehandlung behandelt werden.
- Erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Polyzythämie, einer Erhöhung der roten Blutkörperchen, die selten, wenn schwer und unbehandelt, das Risiko für Schlaganfall, Herzerkrankungen und Blutgerinnsel erhöhen kann. Wenn du eine Polyzythämie entwickelst, wird dein_e Ärzt_in evtl. die Dosis verringern oder eine therapeutische Phlebotomie (Blutspende) empfehlen und deine Laborwerte in 2-3 Monaten erneut überprüfen.
- Erhöhtes Risiko für Hautunreinheiten und -Entzündungen wie Akne. Bei anhaltenden Problemen oder starker Belastung kann eine Hautärzt_in weiterhelfen.
- Erhöhte Leberenzyme, die auf eine Leberentzündung oder einen Rückstau von Leberprodukten in den Gallengängen hinweisen. Dies kann zu Oberbauchschmerzen und/oder gestörter Leberfunktion führen. Dein_e Ärzt_in sollte dich vor der Einnahme auf Leberprobleme untersuchen und dich während der Hormontherapie durch regelmäßige Blutuntersuchungen überwachen.
- Erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Osteoporose (Ausdünnung der Knochen), die sich verschlimmern kann bei Unterdosierung nach Oophorektomie oder wenn du die Einnahme von Testosteron beendest. Dein_e Ärzt_in kann dir Nahrungsergänzungsmittel, bestimmte Nahrungsmittel und_oder Bewegung verordnen, um diesem Risiko entgegenzuwirken. Ab einem bestimmten Alter oder wenn du eine Zunahme von Knochenbrüchen erlebst, kann dich dein Arzt zu einer Knochendichtemessung überweisen und_oder Medikamenten zur Erhöhung der Knochendichte anordnen.
- Ebenso ist es möglich, dass es zu Stimmungsschwankungen kommt. Dies gilt vor allem für die Zeit der hormonellen Umstellung bei Einnahme neuer Hormon-Medikamente, jedoch auch für die Gesamtzeit der Einnahme.
- Bei Einnahme von Testosteron-Gel: Bei Hautkontakt kann sich das Gel, insofern es noch nicht komplett absorbiert wurde, auf andere Personen und (Haus-)Tiere übertragen. Besonders beim Kontakt mit Kindern sollte daher auf ausreichende Einwirkzeit (siehe Packungsbeilage) geachtet werden,



bzw. entsprechende Hautstellen durch Kleidung bedeckt werden, um Übertragungen zu vermeiden.

Weitere Informationen zu Nebenwirkung bei Testosteron-Einnahme

Wir fügen hier gerne weitere Informations-Quellen ein. Schreib dazu an: **beratung@transinterqueer.org**

c. Mögliche Nebenwirkungen durch Hormonblocker

Auch bei der Nutzung von Hormonblockern kann es zu Nebenwirkungen kommen.

Bei Erwachsenen werden teilweise hormonblockierende Medikamente zur Unterstützung einer Hormon-Therapie angewendet (siehe auch 3.a.).

Bei Testosteron-Blockern ist bekannt, dass einige Präparate, z.B. Androcur, als Nebenwirkung Depressionen verursachen können. Zudem wird von einer Abnahme hinsichtlich der Libido und Sexualfunktion berichtet. In Bezug auf Androcur liegt zudem ein Rote Hand Brief vor, da das Medikament zu einem erhöhten Risiko für Meningeome führen kann. Das sind gutartige Tumore der Hirnhäute, die sich zum Beispiel durch Kopfschmerzen oder Sehstörungen äußern. Auch sind gut- und bösartige Veränderungen der Leber beschrieben. All diese Nebenwirkungen sind dosisabhängig, weshalb die Dosierung so gering wie möglich gewählt werden sollte (5 – 10 mg täglich). Tagesdosierungen über 25 mg sollten vermieden werden.

Es ist daher wichtig, sich immer über die Nebenwirkungen des jeweiligen Präparats zu informieren und beim Auftreten von Stimmungsveränderungen oder Nebenwirkungen auch einen Zusammenhang mit den Hormon-Blockern in Betracht zu ziehen.

Zudem können Hormonblocker auch bei der Behandlung von trans* und nicht-binären Jugendlichen Anwendung finden. Dort haben sie den Zweck, die



Entwicklung nicht gewünschter sekundärer Geschlechtsmerkmale zu verlangsamen bzw. zu verhindern. Auch hier ist es sehr wichtig, sich über mögliche Nebenwirkungen ärztlich informieren zu lassen, auch damit diese als solche erkannt werden können.

Weitere Informationen zu Nebenwirkung bzgl. Hormonblockern

Roter Hand Brief Androcur

Artikel in der deutschen Apotheker-Zeitung:

https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2020/04/17/anwendungsbeschraenkungen-von-cyproteronacetat-wegen-meningeomen

Download beim Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte: https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RHB/2020/rhb-cyproteron.html

Wir fügen hier gerne weitere Informations-Quellen ein. Schreib dazu an: **beratung@transinterqueer.org**

d. Mögliche Nebeneffekten bei bestehenden Erkrankungen/ Behandlungen

Bei bestehenden Erkrankungen und_oder Behandlungen kann es durch die Hormonbehandlung zu Veränderungen kommen, z.B. einer Veränderung der Antriebswirkung bei Suchterkrankung oder Depressionen, oder Veränderung bereits bestehender Stoffwechselprobleme. Da sich die Hormonbehandlung i.d.R. positiv auf die Körper-Wahrnehmung und somit körperliche Selbstfürsorge und psychische Gesundheit der trans* und nicht-binären Patient_innen auswirkt, können diese Veränderungen den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen. Daher wird eine gleichzeitige Behandlung mit geschlechtsangleichenden Maßnahmen auch bei einem anhaltenden Vorliegen von Erkrankungen durch die S3-Leitlinie



empfohlen:

„In vielen Fällen führt bereits das Coming-out zu einer deutlichen Reduktion psychischer Belastung oder hat bereits dazu geführt, wenn es vor der Erstdiagnostik erfolgt ist. Dies gilt insbesondere für affektive Störungen und Ängste, ist aber auch nicht selten bei Symptomen anzutreffen, die zuvor einer BPS (meint: Borderline-Persönlichkeits-Syndrom) zugeordnet wurden, was z. B. im Fall von Selbstverletzungen nicht selten vorkommt (...). Die Einleitung körpermodifizierender Behandlungen führt ebenfalls in vielen Fällen dazu, dass nicht nur die GD (meint: Gender Dysphorie) abnimmt, sondern auch die ggf. begleitenden anderen psychischen Symptome (...). Eine transitionsunterstützende Umgebung und ein zeitnaher Zugang zu körpermodifizierenden Behandlungen gelten als wichtige Schutzfaktoren in Bezug auf Suizidalität (...). In anderen Fällen bleibt die psychische Störung trotz adäquater Behandlung der GIK/GD (meint: Geschlecht-Inkongruenz, Gender Dysphorie) bestehen. Hier sollte eine längerfristige parallele Behandlung der interkurrenten psychischen Symptomatik gemäß der Leitlinie für das jeweilige Störungsbild erfolgen.“ (S3 Leitlinie, S.34)

Es kann aber auch schädliche oder gefährliche medizinische Nebenwirkungen bei der Kombination verschiedener Medikamente geben. Solltest du bereits bekannte Erkrankungen haben und_oder dich in einer aktuellen medizinischen Behandlung befinden, ist es notwendig, dies bei deiner behandelnden Ärzt_in anzusprechen und nach möglichen gegenseitigen Effekten zu fragen. Oft ist es nötig, eine entsprechend spezialisierte Fachpraxis aufzusuchen. Es kann auch hilfreich sein, die jeweils behandelnden Ärzt_innen zum fachlichen Austausch zu vernetzten. Auch Fachliteratur oder Studien, die sich mit entsprechenden Überschneidungen beschäftigen, oder Austausch mit anderen, die dies betrifft, können dir dort weiterhelfen.

Weitere Informationen zu möglichen Nebeneffekten bei bestehenden Erkrankungen/ Behandlungen

S3 Leitlinie: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001l_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf

Zur Überschneidung von Suchttherapie & Hormonbehandlung:

Zeitschrift „Suchttherapie" 4. Ausgabe 2018, November, Seite 161-212, 19. Jahrgang, Thema „Sexuelle Minderheiten und Trans*"

Wir fügen hier gerne weitere Informations-Quellen ein. Schreib dazu an: **beratung@transinterqueer.org**



7. Soziale Effekte der Hormontherapie

Neben den körperlichen Veränderungen selbst kommt es zu Veränderungen darin, wie andere deinen Körper zuordnen und beschreiben. Von Menschen, deren Körper sich hormonell verändert hat, werden dabei folgende Erfahrungen berichtet, die für dich möglicherweise auch herausfordernd sein oder werden könnten:

Veränderung der sozialen Wahrnehmung

Beispiel: Viele Menschen, die Östrogen substituieren, erfahren innerhalb der hormonellen Transition zunehmend Sexismus, viele Menschen, die Testosteron substituieren, werden während und nach der hormonellen Transition durch Frauen häufiger als „bedrohlich“ gelesen.

Veränderung der Sexualität

Beispiel: Einige Menschen können eine Veränderung oder Verbreiterung der Sexualität fühlen oder das Spektrum der eigenen sexuellen Orientierung in Frage stellen. Wenn es deinem Interesse entspricht, kannst du dich evtl. in neuen, anderen Räumen und Rollen als bisher ausprobieren, in denen du deine eigene Sexualität besser kennenlernen kannst.

Veränderung der gesellschaftlichen Rollenzuschreibung

Beispiel: Von Menschen, die nach außen (mehr) als weiblich gelesen werden, werden oft Fürsorge-Kompetenzen wie „Zuhören“ sozial erwartet. Von Menschen, die nach außen (mehr) als männlich eingeordnet werden, wird oft technisches Wissen sozial erwartet.

Veränderung emotionalen Erlebens

Manche berichten, dass die Hormontherapie ihr emotionales Denken und Fühlen verändert hat. Beispielsweise erleben manche Personen, dass es ihnen deutlich leichter oder schwerer fällt, zu weinen, oder sie einen anderen Zugang zu Wut haben.



Weitere Informationen zu Sozialen Effekten der Hormontherapie Effekte in Bezug auf die Sexualität

Jonas Hamm hat in „Trans* und Sex“ (2020, Psychosozial-Verlag) spannende theoretische Überlegungen und qualitative Ergebnisse zusammengetragen, wie sexuelle Lern- und Entwicklungsprozesse bei trans* Personen ablaufen können

Kapitel „Sexualität“ (S. 147-157), dabei im Besonderen „Einfluss von Hormontherapien auf die Sexualität“, In:

Mari Günther, Kirsten Teren, Gisela Wolf: Psychotherapeutische Arbeit mit trans* Personen: Handbuch für die Gesundheitsversorgung, München, 2019

Wir fügen hier gerne weitere Informations-Quellen ein. Schreib dazu an: **beratung@transinterqueer.org**



8. Beendigung oder Unterbrechung der Hormontherapie

Manche Menschen merken nach einiger Zeit, dass sie de- oder re-transitionieren[27] möchten. Es kann dabei viele Gründe für eine Beendigung oder Unterbrechung der Hormontherapie geben:

- Es geht dir emotional nicht gut mit den Veränderungen, es fühlt sich nicht richtig an.
- Du leidest unter (starken) Nebenwirkungen.
- Es treten keine Veränderungen ein.
- Der soziale Druck gegen die Transition ist hoch und du hast nicht die Kapazitäten, diese gerade weiter fortzuführen.
- Du möchtest ein Kind zeugen oder gebären.
- Du merkst, dass dir die bisherigen Veränderungen reichen und du keine weiteren möchtest.
- Du lernst neue Sachen über deine Geschlechts-Identität oder diese verändert sich, z.B. in Richtung deines zugeordneten Geschlechts, keines Geschlechts oder eines nicht-binären Geschlechts.
- Du brauchst eine Pause, um die bisherigen Veränderungen einordnen zu können oder weil du gerade keine weiteren Umbrüche möchtest.
- …

Es ist jederzeit in Ordnung, deine Hormonbehandlung zu beenden oder neu auszurichten. Du darfst über deinen Körper selbst bestimmen – das Wichtigste ist, dass es dir mit den Veränderungen gut geht und du dich wohlfühlst. Niemand

---

27 Die Begriffe De- und Retransition werden ganz unterschiedlich definiert und manchmal auch synonym gebraucht. Gemeint ist immer eine Neu-Ausrichtung in der Transition, z.B. wenn eine Person aufhört, Hormone zu nehmen, oder nach einer Östrogen-Therapie lieber mit Testosteron weitermachen möchte. Häufig ist das Ziel einer De- oder Retransition, bestimmte medizinische oder soziale Transitions-Schritte (so weit möglich) rückgängig zu machen.



hat das Recht, dir vorzuschreiben, ob, wie lange oder in welcher Form du transitionierst. Du bist niemandem Rechenschaft schuldig für den Abbruch oder die Neu-Ausrichtung deiner Transition. Ob du transitionierst oder nicht, entscheidet nicht über deine Geschlechtsidentität. Du kannst vor, in und nach der Transition stets selbst darüber bestimmen, wie du dich geschlechtlich verortest.

Es ist in Ordnung, sich als trans* oder nicht-binär zu verorten und nicht medizinisch und_oder sozial zu transitionieren. Es ist auch in Ordnung, eine Hormonbehandlung gemacht zu haben und sich wieder dem sozialen Geschlecht vor der Transition zugehörig zu fühlen – egal ob du körperlich de-transitionierst oder nicht.

Ärzt_innen können dich dazu beraten, ob es für deine (Transitions-)Ziele sinnvoll sein kann, die Dosis deiner Medikamente anzupassen oder die Hormontherapie für eine bestimmt oder unbestimmte Zeit zu unterbrechen. Je nachdem, ob du hormon-produzierende Organe besitzt (oder nicht) und ob diese aktiv sind, sind unterschiedliche Dinge bei der Beendigung der Hormontherapie zu beachten. Auch Beratungsstellen der Community können dich bei einer Re- oder De-Transition unterstützen.

Auch de-transitionierende Menschen können zur trans* und nicht-binären Community gehören. Manchmal erfahren Menschen nach ihrer De-Transition (weiterhin) trans*-und nicht-binär-Feindlichkeit, weil sie nicht (mehr) als cis gelesen werden. Manche Erfahrungen von Re- und De-Transitionier_innen werden auch für trans*- und nicht-binär-feindliche Äußerungen genutzt. Es ist gerade deshalb wichtig, sich nicht spalten zu lassen und miteinander solidarisch zu sein. Es gibt viele geteilte Erfahrungen und gemeinsame Interessen bzgl. einer druck-freien, gut informierenden und zugänglichen Gesundheits-Versorgung und einer Offenheit für Umbrüche in der geschlechtlichen Verortung.



Weitere Informationen zur Beendigung oder Unterbrechung der Hormontherapie

Kapitel „Re-Transition – Ein neuer Lebensabschnitt“ (S. 121-127), In:

Mari Günther, Kirsten Teren, Gisela Wolf: Psychotherapeutische Arbeit mit trans* Personen: Handbuch für die Gesundheitsversorgung, München, 2019

Informationen von Eli Kappo, einer nicht-binären detrans Frau:

shesindetransition.wordpress.com

instagram.com/shesindetransition

Englischsprachiger Block zur Kritik an der trans*feindlichen Instrumentalisierung von De-Transition (aus de-trans Perspektive):

https://www.reclaimingtrans.wordpress.com/home/

Wir fügen hier gerne weitere Informations-Quellen ein.

Schreib dazu an: **beratung@transinterqueer.org**

9. Impressum

Für den Inhalt verantwortlich:

Samuel Baltus & Luan im Auftrag von TrIQ e.V.

TransInterQueer e.V.

Fachstelle für Trans*, Inter* und nicht-binäre Lebensweisen

Gürtelstrasse 35, 10247 Berlin

Webseite: www.transinterqueer.org

Facebook: www.facebook.com/triqberlin





Diese Broschüre wurde ermöglicht durch die Förderung der Berliner Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung.

Senatsverwaltung
für Justiz, Verbraucherschutz
und Antidiskriminierung





